

ALLEGATO A

ONERI AUTORIZZAZIONE

Tipologia	Specifica	Istanza di autorizzazione / SCIA	Istanza di variazione tipologia/disciplina o sede	Mantenimento triennale requisiti
STUDI MEDICI	STUDI SOGGETTI A S.C.I.A.	300,00	150,00	
	STUDI SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE	400,00	200,00	200,00
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA AMBULATORIALE (B)	una tipologia, una sede	550,00	300,00	300,00
	<i>quota aggiuntiva per ogni tipologia</i>	50,00	50,00	30,00
	<i>quota aggiuntiva per ogni sede</i>	200,00	200,00	100,00
	Centro di diagnostica per immagini	100,00	50,00	50,00
	Tipologia B2	100,00	50,00	50,00
STRUTTURE SANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI (C) E IN FASE POSTACUTA (D)	Una disciplina, una sede	1000,00	600,00	600,00
	<i>quota aggiuntiva per ogni disciplina</i>	150,00	50,00	30,00
	<i>quota aggiuntiva per ogni sede</i>	200,00	200,00	100,00
	Centro di diagnostica per immagini	100,00	50,00	50,00
Assistenza preventiva	50% dell'istanza di riferimento			

*variazione: ampliamento, riduzione, trasformazione attività/locali e trasferimento in altra sede

ONERI ACCREDITAMENTO

Tipologia	Specifica	Domanda di nuovo accreditamento/ Rinnovo accreditamento	Domanda di ampliamento sede o processo
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA AMBULATORIALE (B)	una sede, un processo	1500,00	800,00
	<i>una sede, 2 processi</i>	2500,00	1500,00
	<i>una sede, da 3 processi e oltre</i>	3500,00	2000,00
	<i>quota aggiuntiva per ogni sede</i>	700,00	400,00
	Centro di diagnostica per immagini	400,00	200,00
	Domanda ampliamento disciplina/attività		100,00
STRUTTURE SANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI (C) E IN FASE POSTACUTA (D)	fino a 50 p.l.	4000,00	2500,00
	da 51 p.l. A 100 p.l.	4900,00	3000,00
	oltre i 100 p.l.	6000,00	400,00
	<i>una sede, 2 processi</i>	1200,00	800,00
	<i>una sede, da 3 processi e oltre</i>	1800,00	1000,00
	<i>quota aggiuntiva per ogni sede</i>	700,00	400,00
Assistenza preventiva	50% dell'istanza di riferimento		

Pagamento per gli oneri relativi all'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie private:

Codice IBAN: IT12 Y076 0102 8000 0103 6566 733

intestato a:

REGIONE TOSCANA ONERI AUTORIZZAZ. E ACCR. STRUTT. SANIT. PRIV. SERV. T.